



## **Antrag auf Erlangung der Zusatzqualifizierung Q2 CEUS Radiologie KINDER**

Bitte senden Sie den ausgefüllten Antrag mit allen Nachweisen als eine PDF-Datei  
in der richtigen Reihenfolge an: [zertifizierung@drq.de](mailto:zertifizierung@drq.de)

### **ANGABEN ANTRAGSTELLER/-IN:**

Titel: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

DRG-Mitglieds-Nr.: \_\_\_\_\_

Facharzt/-ärztin/Oberarzt/-ärztin      Chefarzt/-ärztin/Institutsleiter/-in      \_\_\_\_\_

Mitgliedschaft:      DRG      AG Ultraschall      Geschäftsstelle:  geprüft

### **Dienstanschrift:**

Klinik/Praxis: \_\_\_\_\_

Abteilung: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_      Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_      E-Mail: \_\_\_\_\_

### **Privatanschrift:**

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_      Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_      E-Mail: \_\_\_\_\_



## NACHWEISE:

### I. Kopie Q1-Zertifikat CEUS Radiologie der AG Ultraschall in der DRG

Geschäftsstelle:  Nachweis liegt vor

### II. Kopie Urkunde Fachärztin/Facharzt für Radiologie

Geschäftsstelle:  Nachweis liegt vor

### III. Kopie Teilnahmebescheinigung Q2-Kurs CEUS Radiologie KINDER:

Teilnahme an einem eintägigen, von der AG Ultraschall in der DRG angebotenen interaktiven Q2-Kurs Kontrastmittelsonographie im Kindesalter mit Lernerfolgskontrolle (z.B. als Beantwortung von Fragen per TED), der bei Antragstellung nicht länger als 60 Monate zurückliegt.

Geschäftsstelle:  Nachweis liegt vor

### IV. Nachweis von 50 selbstständig durchgeführten CEUS-Untersuchungen im Kindesalter aus den letzten 60 Monaten vor Antragstellung

Bitte **Formblatt der Anlage 1** ausgefüllt einreichen

Geschäftsstelle:  Nachweis liegt vor

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben. Die erforderlichen Nachweise habe ich beigelegt.

Für die Bearbeitung des Zertifizierungsantrags wird eine Gebühr in Höhe von 200,00 Euro zzgl. aktuell geltender gesetzlicher MwSt. erhoben. Die Bearbeitungsgebühr wird unmittelbar nach Antragseingang in Rechnung gestellt.

**Datenschutzhinweis:** Die Angaben in diesem Zertifizierungsantrag werden gemäß DSGVO Art. 6 Abs. 1 lit. b zur Personenzertifizierung erhoben, gespeichert und verarbeitet. Für die Bearbeitung Ihres Antrages werden Ihre Daten an Gutachter:innen der DRG weitergegeben. Weitere Informationen können Sie unserer Datenschutzerklärung entnehmen:

<https://www.drq.de/de-DE/4289/datenschutzerklaerung>

Ich bin damit einverstanden, nach erfolgter Zertifizierung auf der Homepage <https://radiologie-finden.de/> genannt zu werden (Klinik/Abteilung bzw. Praxis, Titel, Vorname, Name, Klinik- bzw. Praxisort). Ihr Einverständnis können Sie jederzeit ohne Angaben von Gründen per E-Mail: [zertifizierung@drq.de](mailto:zertifizierung@drq.de) widerrufen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller:in



**Bescheinigung**  
**über selbstständig durchgeführten CEUS-Untersuchungen im Kindesalter**

Wir bestätigen, dass Frau/Herr \_\_\_\_\_

in unserer Einrichtung \_\_\_\_\_

in der Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ ultraschallgeführte CEUS Untersuchungen im Kindesalter durchgeführt hat.

\_\_\_\_\_  
Name Chefarzt/-ärztin, Einrichtungsleiter/-in, Weiterbildungsermächtigte/-r

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Klinik- oder Praxisstempel, Unterschrift